

(様式4)

# ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書

提出用

(骨端線閉鎖を伴わない軟骨栄養症における低身長)

依頼日 年 月 日

フリガナ	
主治医名	印

施設名 科名 科

〒

所在地 電話 ( )

※主治医名、患者名には必ずフリガナをつけて下さい。「記入の手引」をご参照の上、ご記入下さい。

フリガナ		貴院カルテNo.	性別	生年月日	年 月 日生
患者名			1.男 2.女	暦年齢	歳 ヲ月
身長	. cm、体重	. kg( 年 月 日計測)	二次性徴	1. 有 2. 無	
アームスパン	. cm ( 年 月 日計測)	下肢長	左 . cm 右 . cm( 年 月 日計測)		
骨年齢	歳 ヲ月 (1.日本人標準TW2法 2. G-P法 3. TW2原法)( 年 月 日撮影)				
出生時体重	g	出生時身長	cm	在胎週数	週 父の身長 . cm 母の身長 . cm
過去 2年間の 身長	年 月 日	. cm	1年間の増加	遺伝子診断	
	年 月 日	. cm	. cm/年	1. 有 ( ) 2. 無	
	年 月 日	. cm	. cm/年	( 年 月 日診断)	
骨延長術の有無	有*1 (実施期間: 年 月 日~ 年 月 日) 骨名 ( )				
	有*1 (実施期間: 年 月 日~ 年 月 日) 骨名 ( )				
	有*1 (実施期間: 年 月 日~ 年 月 日) 骨名 ( )				
脳外科医・整形外科医の診断及びコメント					
大孔狭窄	有 . 無 ( )				手術的治療の必要性
脊柱管狭窄	有 . 無 ( )				有 . 無
水頭症	有 . 無 ( )				有 . 無
脊髄・馬尾圧迫	有 . 無 ( )				有 . 無
神経障害	有 . 無 ( )				有 . 無
MRI・CTの所見	有 . 無 ( )				
その他	有 . 無 ( )				
共存疾患	1. 糖尿病 (有 . 無)	参 考 資 料 ・ 検 査	1. 白血球数 ( /mm <sup>3</sup> )		
	2. 肥満 (有 . 無)		St. ( %) Seg. ( %) Lym. ( %)		
	3. 腫瘍 (有 . 無)		Baso. ( %) Eos. ( %) Mon. ( %)		
	(手術 (有 . 無) 年 月)		その他 ( ) ( %)		
	4. 甲状腺疾患 (有 . 無)		2. 赤血球数 ( ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )		
	5. 奇形・奇形症候群 (有 . 無)		血小板数 ( ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )		
	6. 免疫不全 (有 . 無)		3. 甲状腺機能		
7. 精神遅滞 (有 . 無)	freeT <sub>4</sub> 値 ( ng/dl) freeT <sub>3</sub> 値 ( pg/ml)				
	TSH値 ( μU/ml)				
	4. IGF-I ( ng/ml)				
データを学問的に用いることについての同意*2			1. 有 2. 無		

\*1 身長発育のデータを示し難い場合は、手術の経過等を別紙添付して下さい。

\*2 成長科学協会の同意書(様式10)をご使用下さい。

## 事務局記入欄

受付日	年 月 日	身長測定時の暦年齢	歳 ヲ月
受付番号	No.	身長SDスコア	- S D
回答日	年 月 日	備考	
基準判定結果	+ -		
登録番号	No.		

送付先 〒113-0033 東京都文京区本郷5-1-16 VORT本郷  
公益財団法人 成長科学協会 治療適応判定委員会

TEL. 03-5805-5370 FAX. 03-5805-5371  
2021年4月1日改訂